Aus der Staatl. Sächsischen Frauenklinik zu Dresden.
(Direktor: Prof. Dr. Kehrer.)

Über die Berechtigungsfrage der prophylaktischen Wendung.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Karl Jahn,
prakt. Arzt zu Strausberg II i/Mark.

Breslau 1923.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms - Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Küstner.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Als ich vor nunmehr 10 Jahren die Arbeit „Über die Berechtigungsfrage der prophylaktischen Wendung“ in der Sächsischen Frauenklinik in Dresden in Angriff nahm, wurden zu dieser Zeit in der Klinik unter der Leitung von Herrn Geheimrat Prof. Dr. Kehrer die prophylaktischen Operationen — die künstliche Frühgeburt und die prophylaktische Wendung beim engen Becken — bereits abgelehnt. So bot die damalige Stellungnahme zu den prophylaktischen Operationen einen gewissen Anreiz, die Frage über die Berechtigung der prophylaktischen Wendung, wie sie zu Zeiten Geheimrat Leopolds in der Sächsischen Frauenklinik zu Dresden gelehrt wurde, an dem reichlichen Material zu untersuchen, und ich bin damals ohne Vorurteil an die Arbeit gegangen.

Schon bei der Zusammenstellung der Definitionen der prophylaktischen Wendung aus den Lehrbüchern, Abhandlungen und Beiträgen von Krull, Bumm, Wolff, Kraus, Scipiades, Ohlshausen und Veit, Dührssen, Alexander, Winter, Skutsch zeigte sich, wie verschiedenartig diese Autoren den Begriff der prophylaktischen Wendung ausgelegt wissen wollen, um bei der Ausführung der prophylaktischen Wendung die günstigsten Ergebnisse zu erzielen, und man kann mit Kraus sagen, daß es mit Recht ein müßiges Beginnen ist, über Bezeichnungen, bei denen eine gewisse Willkür nie auszuschließen ist, zu rechten, wenn nicht sachliche Gründe dazu drängen.

Ich ließ mich bei der Zusammenstellung einer Reihe von Wendungen aus Kopflage in vollkommene oder unvollkommene Fußlage mit anschließender Extraktion beim engen Becken von folgendem Gedanken leiten: Alle Wendungen bei Schädellage und

engem Becken, ganz gleich, ob der Kopf noch beweglich über dem Beckeneingang steht oder eine ungünstige Haltung über dem Becken angenommen hat, sind als prophylaktische Maßnahmen anzusehen, solange nicht Störungen im Befinden der Mutter oder des Kindes eine absolute Indikation zu Wendung gegeben haben.

Bei Durchsicht der Journale von rund 13 500 Geburten der Dresdener Frauenklinik aus den Jahren 1905 bis 1910 habe ich 134 Fälle gefunden, die meiner Erklärung der prophylaktischen Wendung entsprechen.

Ein Drittel der Fälle sind II-parae und ein Fünftel III-parae. Die übrigen Fälle verteilen sich über IV-parae bis XII-parae. I-parae befinden sich überhaupt nicht darunter. Man ist hier den Grundsätzen Winters gefolgt.

Bei der Einteilung der Becken nach ihrer Form habe ich die Diagnose aus den Geburtsjournalen übernommen. Danach entfallen auf das platte und plattrhachitische Becken 24 Fälle, das allgemeinverengte Becken 16, auf das allgemeinverengte plattrhachitische Becken 91 Fälle; außerdem 2 querverengte plattrhachitische Becken und 1 plattrhachitisch und rechtsseitig schräg verengtes Becken.

Es folgt nun eine Darstellung, wie und unter welchen Grundbedingungen die prophylaktische Wendung ausgeführt wurde. Die Extraktion wurde dem Grundsatze der Klinik gemäß sofort angeschlossen.

Hieran schließt sich eine Aufstellung der Folgen der Wendung und Extraktion für die Mutter und das Kind. Es würde hier zu weit führen, Einzelheiten zu bringen und eine abgekürzte Darstellung würde ein falsches Bild geben. Die Resultate bestätigen durchaus die Erfahrungen von Baisch, indem er erklärt: „Die prophylaktische Wendung ist zu keiner Zeit der Geburt die harmlose, schonende Entbindung, für die sie so gern ausgegeben wird."

Eine Tabelle über die Totgeburten und Verletzungen des Kindes bei den verschiedenen Arten und Formen der engen Becken und nach den Graden der Verengung geordnet, gibt eine leichte und klare Übersicht, welche Beckenform am ungeeignetsten für die prophylaktische Wendung und Extraktion ist. Danach gibt die prophylaktische Wendung für das Kind beim allgemein ver-

engen Becken die schlechtesten Resultate, nur wenig bessere beim plattrhachitischen Becken, die relativ besten Resultate beim allgemein verengten plattrhachitischen Becken.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder beträgt 3476 Gramm. Von 116 lebenden Kindern hatten 51 ein Gewicht über dem Durchschnitt und 65 unter dem Durchschnitt.. 16 tote Kinder und die meisten davon enthirnt, wogen mehr, 2 weniger, als das Durchschnittsgewicht betrug.

Die Schwierigkeit der Wendung und Extraktion nahm in dem Maße zu, je längere Zeit nach dem Blasensprunge verstrichen war. Für die Kindermortalität ergibt sich kein wesentlicher Unterschied, ob die Wendung bei stehender Blase oder später als 3 Stunden nach dem Blasensprunge ausgeführt wurde. Für die Mutter nehmen die Gefahren zu, je längere Zeit nach dem Blasensprunge vergangen ist. Die Infektionsgefahr ist erhöht (ein Fall von Sepsis), ferner trat eine Uterusruptur auf bei der Wendung 10 Stunden nach dem Blasensprunge. Atonische Nachblutungen traten dagegen noch einmal so häufig auf, wenn die Wendung und Extraktion innerhalb der ersten 3 Stunden nach dem Blasensprunge ausgeführt wurde, als wenn mehr als 3 Stunden vergangen waren.

Eine Zusammenstellung der Fälle, bei denen eine oder mehr Spontangeburten bei denselben Frauen in der Klinik vorher oder nachher beobachtet worden sind, zeigt, um wieviel schonender für Mutter und Kind die Spontangeburten gegenüber der prophylaktischen Wendung und Extraktion bei derselben Frau verlaufen sind.

Diese Zusammenstellung zeitigt einen vollen Erfolg für die Gegner der prophylaktischen Wendung.